Reinhold Kerbl, Karl Reiter, Lucas Wessel

Referenz Pädiatrie

Bernhard Stier, *Raimund Stein*, *Maximilian Stehr*

Jungenmedizin

Einführung in jungenmedizinische Untersuchungstechnik

Bernhard Stier

Steckbrief

Während vor Pubertätseintritt Jungen und Mädchen meist in elterlicher Begleitung zu Vorsorgen und bei Erkrankungen in die Praxis kommen (ähnliche Fallzahlen Mädchen /Jungen) , brechen die Arztbesuche in und nach der Pubertät bei Jungen deutlich ein. Statistisch scheinen Jungen ges ünder zu sein und seltener eine medizinische Betreuung zu ben ötigen. Dabei wird allerdings übersehen, dass mit Einsetzen der Pubertät das Autonomiebedürfnis sich auch im Hinblick auf die Übernahme der Verantwortung für den eigenen Körper bemerkbar macht. Im Gegensatz zu den Mädchen ist es bei den Jungen deutlich schwerer, einen kompetenten Ansprechpartner für ihre gesundheitlichen Belange und Fragen zu finden. Wer ist zuständig, wenn es um jungenmedizinische Fragen geht? Die Kinder- und Jugendmediziner*innen, die Urolog*innen oder die Allgemeinmediziner*innen? Entscheidend ist die Expertise in jungenmedizinischen Belangen, die alle Jungen erwarten können, die aber immer noch nicht selbstverständlich ist.

Bei der Jungengesundheit kann es nicht nur um Pathogenese, Probleme und Defizite gehen; eine gleichermaßen salutogenetische Perspektive ist unerlässlich. Nicht zuletzt braucht es auch noch mehr jungenspezifische Beratungs- und Betreuungsangebote. In diesem Sinn verstehen sich die nachfolgenden Kapitel als „Türöffner“ in ein interessantes und spannendes Fachgebiet, welches hoffentlich zukünftig zum medizinischen Allgemeinwissen gehören wird.

Aktuelles

Um es gleich vorweg zu nehmen: Die meisten Jungen sind gesund! Aber es gilt auch gleichermaßen, dass der Gesundheitszustand von Jungen teilweise alarmierend ist: Viele Krankheitsartenstatistiken werden von Jungen angeführt.

- Dabei gilt es, sich Folgendes zu vergegenwärtigen:
    - Für Jungen ist Krankheit mit Weiblichkeit verbunden.
        - Zumeist haben sich die Mütter darum gekümmert.
        - In der Phase der Geschlechtsidenti fikation ist Krankheit eher mit Peinlichkeit behaftet.
        - Gesundheit ist für Jungen primär selbstverständlich.
        - Das Bild von Männlichkeit verträgt sich nicht mit Krankheit.
    - Die Eltern sind bezüglich ihrer Töchter wesentlich sensibler im Hinblick auf Erkrankungen und Verletzungen als bei ihren Söhnen. Auf medizinische Hilfe wird weniger Wert gelegt.
    - Für Mädchen gibt es bessere Versorgungsstrukturen im Bereich Gesundheit.
        - Jungen wissen oft nicht, wohin sie sich wenden sollen, insbesondere bei spezifischen medizinischen Fragen.

        - Vorsorgeangebote und Angebote rund um die Gesundheit erreichen die Jungen weniger.
    - Beim Forschungs - und Wissensstand hinsichtlich Gesundheitsproblemen bei Jungen gibt es teilweise noch mehr oder weniger großen Nachholbedarf.
- In diesem Zusammenhang gibt es unterschiedliche Begriffsdefinitionen:
    - Von allgemeiner Jungengesundheit wird gesprochen, wenn wir Jungen als eine in sich heterogene Gesamtpopulation geschlechtsbezogen betrachten.
    - Relative Jungengesundheit dagegen meint den Vergleich zwischen Jungen und Mädchen.
    - Die spezielle Jungengesundheit nimmt schließlich körperliche und gesundheitliche Phänomene in den Blick, die ausschließlich bei männlichen Kindern und Jugendlichen vorkommen (z.B. Fehlbildungen und Erkrankungen des männlichen Genitales).
- Auch wenn es durchschnittliche Tendenzen gibt: Jungen sind verschieden.
    - Deshalb ist es auch – und gerade – mit einem spezifischen Blick auf Jungen fachlich von Belang, stets zu differenzieren.
    - Die Bandbreiten unter Jungen sind – je nach Kriterium – meist erheblich.
- Bei Jungengesundheit fehlt darüber hinaus weitgehend die Perspektive auf psychische und soziale Gesundheit.

Hintergrundwissen

- Die bislang einzige Jungen-Studie zu Gesundheitsthemen zeigte [8]:
    - Gesundheit ist für viele Jungen primär selbstverständlich – vor allem, um leistungsfähig zu sein.
    - Andererseits: Gesundheit wirkt für Jungen häufig als Norm und „muss“ sein (z.B. für „aktiv sein“, Sport und „Lifestyle“).
    - Krankheit oder Störungen sind deshalb „nicht normal“. Wahrnehmung von Krankheiten – zumal im Genitalbereich – wird oft vermieden oder Wahrgenommenes wird verdrängt.
    - Viele Jungen verfügen über kein „Krisenmanagement“ im Umgang mit Krankheiten, sie verschieben oder verdrängen stattdessen.
    - Krankheit ist mit Peinlichkeit behaftet.

Dabei sind Jungen nicht per se beratungsresistente „Gesundheitsmuffel“. Vielmehr verhindern traditionelle Leitbilder gesundheitskonformes Verhalten, welches noch durch fehlende Beratungsangebote verstärkt wird. Das Jungenbezogene der Gesundheit entsteht einerseits durch Männlichkeitsbilder, die Jungen von Medien, Gleichaltrigen und Erwachsenen vermittelt werden, andererseits durch die körperlichen Spezifika des männlichen Genitales und durch Wirkungen des Testosterons, insbesondere ab der Adoleszenz.

Keywords

- Jungenmedizin
- jungenmedizinische Untersuchungstechnik
- jungenmedizinisches Basiswissen
- Jungengesundheit
- boys and male adolescent health

Definition

Jungenmedizin beinhaltet die jungenspezifischen Belange in Forschung, Versorgung und Betreuung von Jungen. Dabei bezieht sie sich wesentlich auf den Altersbereich von 0 bis ca. 24 Jahren mit fließendem Übergang in das „junge Erwachsenenalter“. Die Alterspanne bis 24 Jahre zu wählen, orientiert sich an der biologischen, mentalen und psychosozialen Entwicklung von

Jugendlichen und erleichtert Investitionen im umfassenderen Maß in dieser vulnerablen Entwicklungsphase. Jungenmedizin ist Bestandteil der Jungengesundheit. Diese beschäftigt sich im Sinn des salutogenetischen Ansatzes damit, dass jeder Junge das grundsätzliche Bestreben hat, seine gesundheitlichen Anteile zu vermehren und dadurch gesünder zu werden. Dementsprechend zielt Jungengesundheit darauf ab, die Jungen dabei zu unterstützen, ihr gesundheitliches Potenzial zu stärken. Dies setzt bei der Nutzung der jeweils vorhandenen Ressourcen an.

Was lässt Jungen den Arzt aufsuchen?

- Bei entsprechendem Beziehungsangebot und Expertise ist hier eine deutliche Zunahme der Konsultationsfrequenz festzustellen.
- Vorsorgen (z.B. J1: maximal bis zu 60% Teilnahmequote)
- akute Gesundheitsprobleme (Atmung/Infekte, Hauterkrankungen etc.)
- Verletzungen/orthopädische Probleme
- psychosoziale Probleme (Schule, Familie usw.)
- Probleme im Zusammenhang mit Genitalsystem (Cave: „hidden agenda“ = versteckte Botschaft)
- Impfungen

> Dies alles sind hervorragende Gelegenheiten für einen Beziehungsaufbau zur Verbesserung der medizinischen Betreuung (Relationship).

- Barrieren für die gesundheitliche Versorgung von Jungen:
  - sehr begrenzt vorhandenes medizinisches Fachpersonal mit jungenmedizinischer Expertise
  - ein hartnäckig überkommenes Männlichkeitsbild, das auch von medizinischem Fachpersonal unkritisch weitervermittelt wird (tapfer sein, nicht weinen bei der Spritze; „Du bist doch ein Junge.“)
  - Skepsis gegenüber der körperlichen Untersuchung, besonders bei der Untersuchung des Genitalbereichs
  - eingeschränkte Möglichkeit anonymer Konsultation
  - Zweifel bezüglich der Schweigepflicht
  - bei Jungen mit Migrationshintergrund, insbesondere mit muslimischem Hintergrund: Scham; „Unreinheit“ des Körpers, v.a. in Verbindung mit Sexualität, aber auch mit Nacktheit

> **Merke:**
>
> Jeder Arztbesuch sollte zum Beziehungsaufbau genutzt werden! Insbesondere sollten, wenn es sich aus dem Gesprächsverlauf – und sei es nur ansatzweise – ergibt, Informationen zu Impfungen, insbesondere Hepatitis B und HPV, und Informationen zu Chlamydieninfektionen sowie zur Vaterschaftsverhütung (Zeugungsverhütung) vermittelt werden.

Worauf ist bei den Vorsorgen zu achten?

Geburt

Hypospadie

- Je proximaler der Meatus liegt, desto häufiger sind Fehlbildungen der ableitenden Harnwege nicht ausgeschlossen (es heißt „Urogenitaltrakt“!).
  - Valide Daten dazu fehlen allerdings.
  - Daher ist eine Ultraschalluntersuchung der ableitenden Harnwege zum Ausschluss von Pathologien nicht zwingend erforderlich.
  - Korrektur: optimales Zeitfenster um den 1. Geburtstag (der Junge darf nicht zirkumzidiert sein!)

Merke:

Proximale Hypospadien (insbesondere in Kombination mit Hodenhochstand) sind immer einer erweiterten Diagnostik zuzuführen! (Ausschluss von Begleitfehlbildungen, Syndromen, Varianten der Geschlechtsentwicklung etc.)

Die Erkrankung ist den Eltern häufig unbekannt oder wird tabuisiert! Daher sollte schon nach der Entbindung ein Kinderurologen oder Kinderchirurgen hinzugezogen werden.

U2–U6

Physiologische Phimose

- besser: Vorhautenge (96%) bzw. Vorhautverklebung
- Cave: Nicht versuchen, die Vorhaut über die Eichel zu schieben! Kein Lösen der Verklebung vornehmen!
- Hygiene:
  - Penis mit lauwarmem Wasser abspülen.
  - Wenn überhaupt, dann Vorhaut nur so weit zurückstreifen, wie es problemlos möglich ist.
  - Im späteren Kindes- und Schulalter ist der Junge selbst für die Hygiene zuständig.

Merke:

Eine kurzzeitige Ballonierung der Vorhaut von ca. 2–3s unter Miktion mit hernach gutem Urinstrahl ist völlig harmlos und bedarf keiner weiteren Diagnostik!

Hodenhochstand

- Häufigkeit von 0,7–3% bei reifgeborenen Jungen, bei Frühgeborenen bis zu 30%
- häufigste kongenitale Anomalie des Urogenitaltrakts
- in ca. 0,8% der Fälle auch (noch) im Jugendalter vorkommend (z.B. Pendelhoden wird zum Gleithoden durch sekundäre Aszension)
- spontaner Deszensus bei ca. 7% aller betroffenen Jungen in den ersten 6 Lebensmonaten (jenseits des 1. Halbjahrs kaum noch ein spontaner Deszensus zu erwarten)

U6–U10

Lichen sclerosus

- seltene, chronisch entzündliche, nicht ansteckende Hauterkrankung (Autoimmunerkrankung?)

Phimose/Vorhautverklebung

- Durch Reifungsvorgänge kommt es zur Auflösung der physiologischen Phimose (Vorhautenge) meist bis zu Schulkindesalter, spätestens aber bis zur Pubertät.
- Zuwarten ist geboten!

Pendelhoden/Gleithoden

- Pendelhoden vs. Gleithoden: Ein Pendelhoden ist eine Normvariante, sollte aber regelmäßig kontrolliert werden, da er durch die sekundäre Aszension zum Gleithoden werden kann (Eltern instruieren).
- Der Gleithoden bedarf wegen der Gefahr des „Sekundärschadens“ der operativen Behandlung (Orchidopexie).

Cave:

Die sekundäre Aszension führt zum Gleithoden. Bei diesem besteht die Gefahr des Sekundärschadens (Störung der Spermiogenese durch Erwärmung). Es liegt kein Primärschaden vor, wie er bei einem primären Hodenhochstand gegeben ist. Ein Gleithoden sollte immer operiert werden. Nach Abschluss des Körperwachstums besteht die Gefahr der sekundären Aszension nicht mehr. Das Risiko einer Hodentorsion bei Vorliegen eines Pendelhodens ist hingegen erhöht.

U11 und J1–J2

Phimose

- Vorhautretraktion durch den Patienten demonstrieren lassen
- primär lokal behandeln (Kortisonsalbe oder -creme, z.B. Betamethason 0,05% / 0,1% und 0,2%; Clobetasol-Proprionat 0,05%, Fluticason-Proprionat 0,05%, Mometason-Fuorat 0,05%)
- Bleibt die Phimose bestehen, sollte unter kindgerechter suffizienter Narkose möglichst eine die Vorhaut erhaltende plastische Operation (z.B. Triple-Inzision) erfolgen (außer bei Lichen sclerosus).

Lichen sclerosus

- seltene, chronisch entzündliche, nicht ansteckende Hauterkrankung (Autoimmunerkrankung?)

Hirsuties papillaris penis („Hornzipfel")

- betrifft ca. 15–25% der Jungen in der Pubertät – bei etwa 10–30% der Männer
- kein Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten
- Obwohl völlig harmlos, können von Hirsuties betroffene Jungen erheblich verunsichert sein (Angst auf das Vorliegen einer sexuell übertragenen Erkrankung).

Unterschiedliche Hodengröße

- Normwerte s. Joustra et al. [3]
- Unterschiedliches Hodenwachstum/einseitiger Beginn des Hodenwachstums ist relativ häufig.
  - Differenzen von 2–3ml tolerabel
  - weitere Abklärung bei deutlicheren Größenunterschieden angeraten
- Untersuchung im Liegen und im Stehen (Varikozelen werden sonst übersehen)

> **Merke:**
>
> Wichtig ist die kontinuierliche Dokumentation der Hodenuntersuchungen (insbesondere bei Pendelhoden) in den ersten Lebensjahren im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen und die damit verbundene Aufklärung der Eltern.

Das einleitende Gespräch

- In der Regel kommen Jungen bis zur Pubertät in Begleitung eines Elternteils oder einer anderen betreuenden Person in die Ordination.
  - Vergessen sollte man dabei nie, dass der Patient nicht „neben Ihnen steht", sondern vor Ihnen ist.
  - Eine direkte Ansprache ist schon ab Neugeborenenalter möglich.
  - Entsprechend dem Entwicklungsstand ändert sich gewöhnlich unsere kommunikative Zuwendung.
  - Die Eltern treten zunehmend mehr in den Hintergrund.
- Wenn ein Junge allein ärztlichen Rat in Anspruch nimmt, hat er häufig schon eine für ihn problematische Hürde genommen.
  - Gehen Sie also getrost davon aus, dass – so unproblematisch für uns das Anliegen auch erscheinen mag – es für ihn von Bedeutung ist und ihn Überwindung gekostet hat.
  - Wir sollten dies würdigen und ihn grundsätzlich ernst nehmen.
  - Ebenso ist er sich bzgl. des Geschlechts der um Rat ersuchten Person im Klaren.
  - Für ihn steht die Expertise und nicht das Geschlecht im Vordergrund.
- „hidden agenda": Nicht selten verbirgt sich hinter einem scheinbar banalen Anliegen eine

ganz andere bedeutsamere Problematik.

  - Die „versteckte Botschaft“ ist die Hoffnung, der Arzt bzw. die Ärztin wird – hoffentlich (Expertise!) – schon von selbst darauf kommen, was das eigentliche Anliegen ist.
  - Im extremen Fällen kommt es leider immer wieder vor, dass unklare Bauchschmerzen oder sogar Gelenkbeschwerden angegeben werden und eine Hodentorsion als eigentliche Diagnose übersehen wird.
  - „Psychosomatische“ Beschwerden (Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Thoraxschmerzen etc.) sollten immer an eine „hidden agenda“ denken lassen.
  - Von Schulproblemen bis zur Hodentorsion ist dabei alles als Diagnose möglich.
  - Die Untersuchung des Genitales sollte immer Bestandteil einer Untersuchung bei solcherlei geäußerten Beschwerden sein. Sie zu unterlassen ist ein ärztlicher Kunstfehler!
- Im Übrigen sollte immer daran gedacht werden, dass diese Konsultation vielleicht die einzige und letzte Chance ist, eine kompetente medizinische Beratungspartnerschaft zum Jungen aufzubauen.

Anamnese

- Am Anfang jeder Untersuchung steht immer die genaue Anamnese.
- Zu bedenken ist dabei immer die Möglichkeit der „hidden agenda“ als verschlüsselte Botschaft.
  - Daher macht es Sinn, bei allen primär unklaren Beschwerden auch eine – je nach Befundlage – ausgedehnte psychosoziale Anamnese zu erheben.
  - Dabei gilt es im Jugendalter auch die Frage nach einer Partnerschaft (der Begriff lässt die sexuelle Orientierung bewusst offen) im Blick zu haben.
- Genauso wichtig ist es, andere Vertrauenspersonen in den Blick zu nehmen sowie die schulische bzw. Ausbildungssituation. Als Hilfsmittel haben sich die anamnestischen Fragen nach HEEADSSS (Home/Education/Eating/Activities/Drugs/Sexuality/Suicide; Depression/Safety) und SSHADESS (Strengths/School/Home/Activities/Drugs; Substance use/Emotion; Eating; depression/Sexuality/Safety) bewährt [1] [4].
- Zusätzlich sollte je nach Befundlage eingegangen werden auf:
  - Medienkonsum
  - Risikoverhalten: waghalsige Aktivitäten, Substanzkonsum (kann Depressionen maskieren)
  - Doping/Anabolikaeinnahme/Muskelaufbaupräparate
  - Schulprobleme

Merke:

Das Wort „Partnerschaft“ bzw. die Frage „Zu wem fühlst du dich in deiner engsten Umgebung am meisten hingezogen?“ lässt eine Beantwortung bzgl. homo-, bi- oder heterosexueller Orientierung zu.

Untersuchung

- Wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung körperlicher und insbesondere genitaler Veränderungen im Jugendalter ist die Kenntnis der Entwicklungsereignisse bei Jungen in der Pubertät (Tab. 229.1, Abb. 229.1).
- generelle Prinzipien:
  - Beachten Sie das natürliche Schamgefühl!
  - initiale Erläuterung der Untersuchung und deren Ablauf
  - Klärung der Anwesenheit weiterer Personen (z.B. Mutter/Vater, Person des Vertrauens (Partnerin bzw. Partner) oder ggf. auch Personal)
  - Schweigepflichtaufklärung

- Erwartungen des Patienten erfragen und berücksichtigen
- Kommentare und Erklärungen während der Untersuchung nicht vergessen
- Vermeidung von ausschweifenden Erklärungen, erst recht, wenn der Patient sich im spärlich bekleideten Zustand befindet
- Anleitung zur Selbstuntersuchung bei der Untersuchung des Genitales

Merke:

Nie eine Untersuchung des Patienten im völlig entkleideten Zustand; erst bei der Untersuchung des Genitales sollte der Patient die Unterhose kurzfristig ausziehen!

Nie Störungen seitens des Personals zulassen! Die Jungen vorher fragen, ob jemand vom Personal bei der Untersuchung dabei sein sollte oder darf.

Tab. 229.1 Entwicklungsereignisse beim Jungen [5].

G1–5	Visualisierung	PH1–6	Visualisierung
G1: präpubertär	G1	PH1: keine Behaarung	G2
G2: Skrotum und Testis vergrößert	G3	PH2: wenige, leicht pigmentierte Schamhaare an der Basis des Penis	G4
G3: Längenzunahme des Penis	G5	PH3: dunklere, dichtere und gekräuselte Haare über der Symphyse	PH1
G4: Zunahme des Penis bezüglich Länge und Umfang, Kontur der Glans wird deutlich	PH2	PH4: kräftige Behaarung wie beim Erwachsenen, aber geringere Ausdehnung als P5	PH3
G5: Genitale voll entwickelt	PH4	PH5: kräftige dreiecksförmige Behaarung, nach oben horizontal begrenzt, seitlich auf die Oberschenkel übergreifend	PH5
		PH6: virile, gegen den Nabel hin zulaufende Ausdehnung (ca. 80% der Männer)	PH6

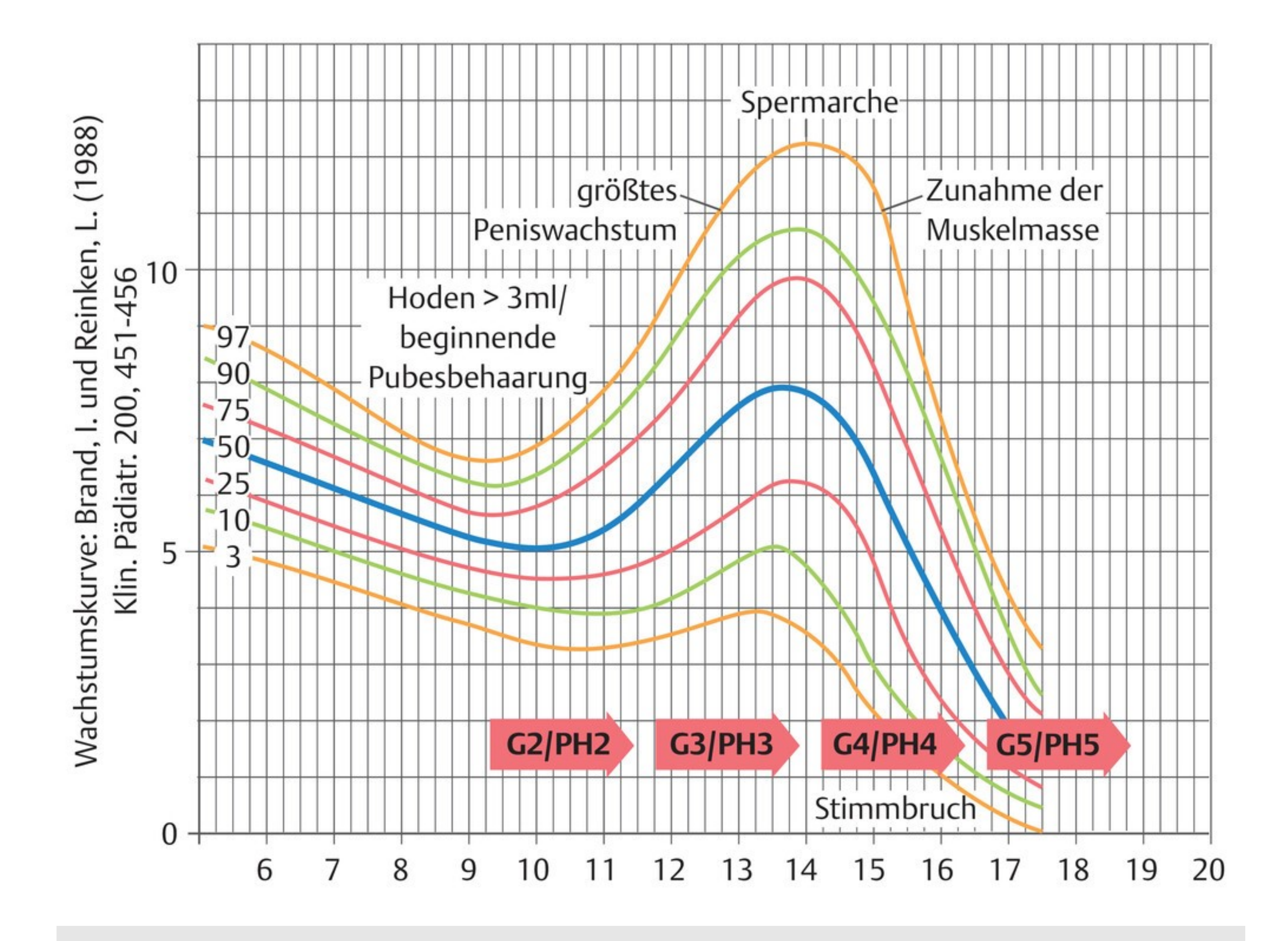


Abb. 229.1 Entwicklungsereignisse.

Bezug zum Pubertätsfortschritt [1].

Untersuchungsgang

- Wie eigentlich überall im medizinischen Handeln sollte der Untersuchungsgang bezüglich der Fragestellung und der geschilderten Symptomatik plausibel sein und unbedingt vorab angesprochen werden (Was – Wie – Warum).
- Außer bei eindeutigem Konsultationsgrund bzw. einer klar umrissenen Fragestellung beinhaltet die Untersuchung immer eine Ganzkörperuntersuchung – zumindest orientierend.
- Genaue vorherige Angaben zum Untersuchungsgang lassen dem Jungen die Möglichkeit, bestimmte Teile der Untersuchung abzulehnen.
  - Die sich daraus u.U. ergebene Problematik für die Beurteilung des Gesundheitszustands sollte besprochen und nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden.
  - Zudem könnte dies ein Hinweis auf eine möglicherweise versteckte behandlungsbedürftige Problematik sein.
- Sollten weder die Anamnese noch der Untersuchungsbefund einen eindeutigen Hinweis für eine Diagnose liefern, bedenken Sie bitte, dass es mindestens zwei Menschen gibt, die bzgl. der geschilderten Problematik eine gewisse Expertise vorweisen können. Einer davon ist der Patient! Eine Antwort auf die Fragen „Hast Du eine Idee, was hinter deinen geschilderten Symptomen als Ursache stecken könnte?“ oder „Was würdest du deinem besten Freund raten, wenn er sich mit den geschilderten Symptomen an dich wenden würde“ hat häufig sehr viel weitergeholfen.

Spezielle Untersuchung der Genitalregion

- Hierbei sollte unbedingt wert daraufgelegt werden, dass so viel wie möglich vom Patienten selbst demonstriert wird.
- Nicht nur zum eigenen Schutz, sondern auch um Distanz zu wahren, sollten bei der Untersuchung im Genitalbereich immer Handschuhe getragen werden.
- Nutzen Sie die Untersuchung auch als Informationsmöglichkeit zu Fragen der Hygiene, der Selbstuntersuchung (siehe auch Flyer „Achte auf Deine Nüsse“: www.bvkj-shop.de/infomaterial/flyer/flyer-achte-auf-deine-nuesse.html) sowie der Verhütung (Stichwort:

Vaterschafts- bzw. Zeugungsverhütung).

- So kann die Untersuchung der Hoden z.B. nicht nur zu Bestimmung der Hodengröße dienen (Orchidometer), sondern auch, um den Jugendlichen durch das Abtasten des Hodens in der Vorsorgemöglichkeit anzuleiten.
- Denken Sie bei der Untersuchung an die Stadieneinteilung nach Tanner (Tab. 229.1, Abb. 229.1) für die Bestimmung des Entwicklungsstands.
- Ihre Kenntnis ist nicht nur im Hinblick auf differenzialdiagnostische Überlegungen, sondern auch bzgl. der Sinnhaftigkeit der Übermittlung von Informationen notwendig. Beispiel: Ein Gespräch über Vaterschaftsverhütung ist erst ab G3/PH3 sinnvoll.

Inspektion

- Vorbereitung:
  - Erklärung vor der Untersuchung
  - Lage auf der Untersuchungsliege, dann ggf. im Stand bei heruntergelassener Unterhose (wichtig z.B. bei Verdacht auf Varikozele)
  - Inspektion des Genitales und seiner Umgebung
- Inspektion der Haut im Inguinalbereich/Hygiene etc.
- Inspektion der Pubesbehaarung
  - Pubertätsentwicklung/Pubertätsstadium (Tab. 229.1, Abb. 229.1)

Palpation

- Leistenbereich → Lymphknoten?
- Vorhautretraktion (durch den Patienten vornehmen lassen)
- Untersuchung des Skrotums:
  - vorsichtiges Abtasten des Hodens und Nebenhodens zwischen Daumen und ersten zwei Fingern
  - achten auf Schwellung/Seitendifferenz, Knoten, Oberflächenveränderung, lokale Schmerzen etc.
  - Hodenvolumenbestimmung (Orchidometer versus Sonografie, s. Abb. 229.2)
  - Abtasten des Samenleiters
- Palpation des Penis (vom Patienten demonstrieren lassen, Abb. 229.3)
  - Penisgröße – Penisschaft – Glans penis – Vorhaut (Ulzerationen, Verletzungen, Frenulumverkürzung, Entzündungen usw.)
  - Vorhaut vom Patienten zurückziehen lassen
  - vorsichtige Kompression der Glans penis zur Darstellung des Meatus urethrae (wichtig z.B. bei Verdacht auf Meatusstenose) → Ausfluss? → Lage und Form
- evtl. Untersuchung auf Herniation
- Nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen sollte eine rektale Untersuchung stattfinden (sehr selten notwendig – Begründung!).

Merke:

Palpation unbedingt

- bei allen sexuell aktiven Jungen sowie bei Verdacht auf sexuell übertragene Infektionen (STI = sexually transmitted infection)
- bei skrotalem Trauma, Verdacht auf Hydrozele, Varikozele, Spermatozele oder Tumor
- bei Verdacht auf Leistenhernie
- bei Verdacht auf Penisanomalien (Meatusstenose, Hypospadie, Phimose, Miktionsstörungen)
- zum Unterweisen in der Selbstuntersuchung

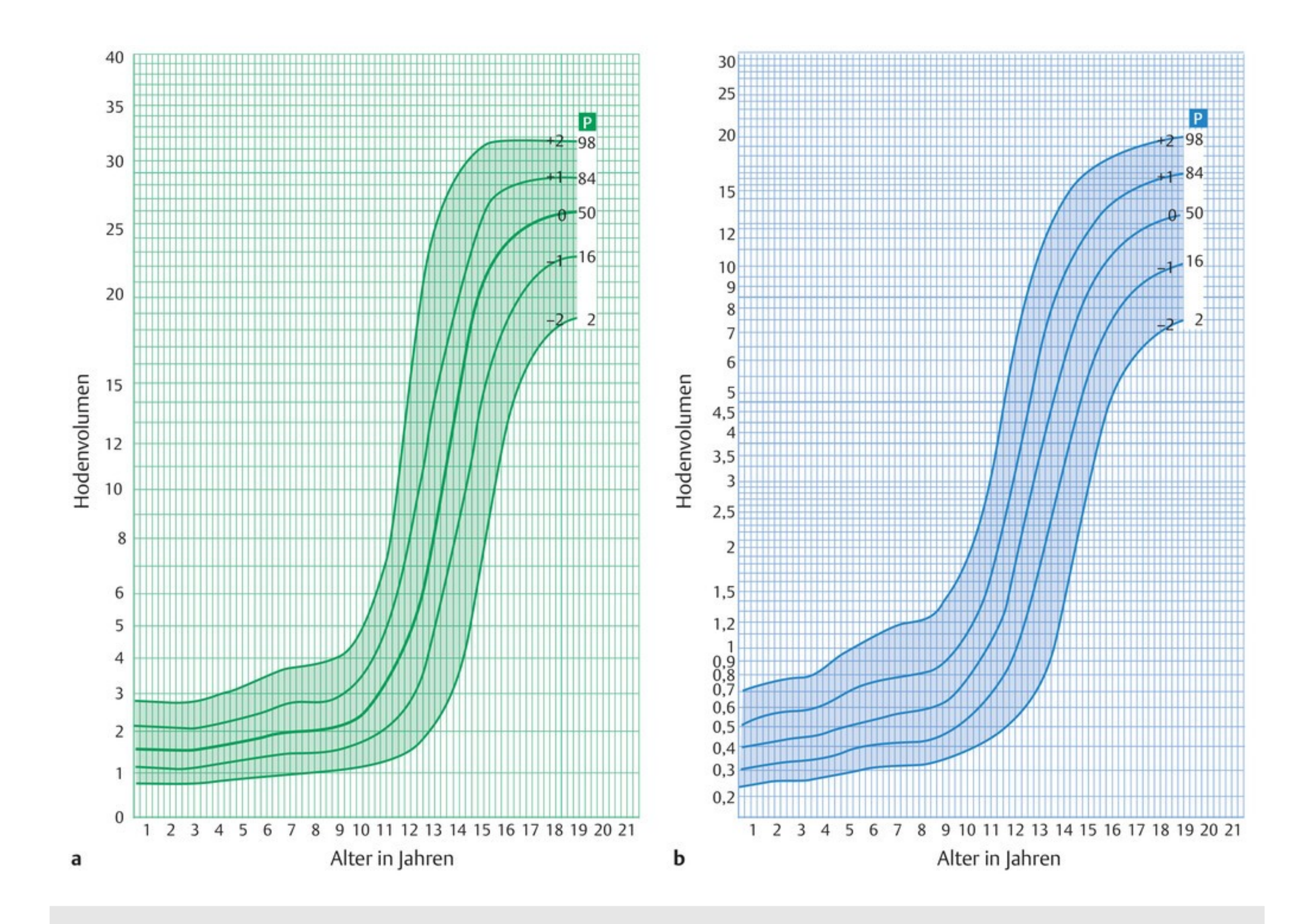


Abb. 229.2 Hodenvolumen.

Orchidometermessung (**a**) versus Sonografie (**b**) [3].

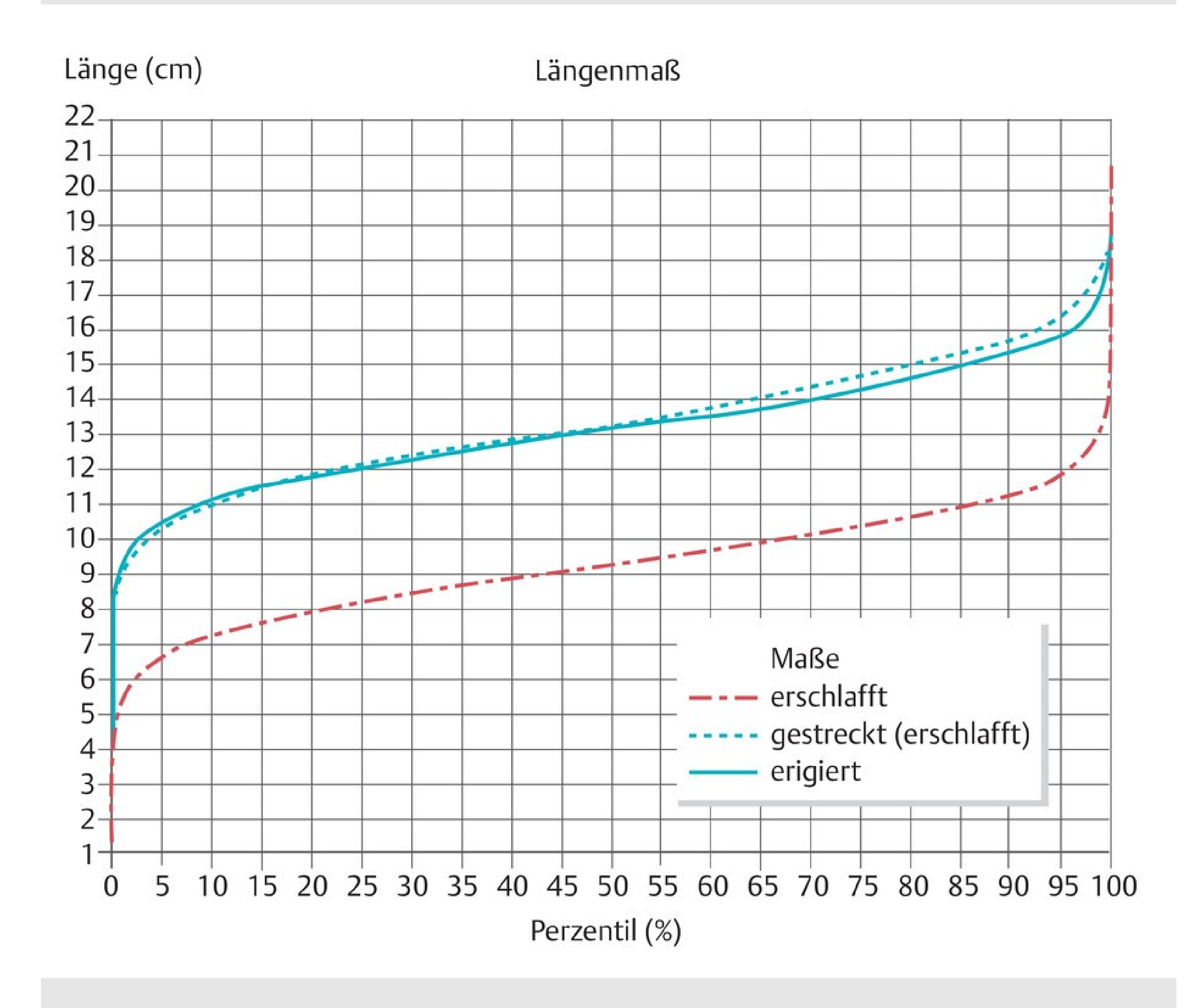


Abb. 229.3 Normogramm der Penislänge.

Erschlafft – gestreckt – erigiert [7].

Abschließende Befundbesprechung

- Vergessen Sie nie, den Patienten am Ende der Untersuchung gut über die behobenen Befunde aufzuklären (nachdem er sich wieder angekleidet hat).
- Den Patienten zum Verbündeten in der nachfolgenden Therapie zu haben, ist eine Conditio sine qua non und entscheidend für jeden Therapieerfolg.

- Diese Aufgabe kann der Patient nur erfüllen, wenn er gut und verständlich aufgeklärt ist.
- Eine allgemein verständliche Sprache ist Voraussetzung für eine gute Compliance/Adhärenz.
- Außerdem wirkt sich dies sehr positiv auf die Arzt-Patient-Beziehung aus.
- Bilder und Diagramme (z.B. Tanner-Stadien, Wachstum, Body-Mass-Index [BMI] etc.) können bei der Illustration helfen.
- Nur in sehr begründeten Ausnahmefällen werden Informationen für den Augenblick zurückgehalten.
- Die Weitergabe von Informationen an die verantwortlichen Bezugspersonen sollten thematisiert (und ggf. dokumentiert) werden.
- Wenn es der Befund erfordert, sollte je nach Befund und Alter des Patienten ein verantwortbarer Konsens bzgl. der Weitergabe von Informationen mit dem Patienten erreicht werden.
- Hierbei kann sich der behandelnde Arzt gut als Anwalt des Jungen einbringen und größere Konflikte abbauen oder vermeiden helfen.
- Bei der Betreuung von Jungen mit chronischen Erkrankungen ist es in der Regel sinnvoll, die Eltern in die Betreuung mit einzubeziehen.
  - Das Ausmaß sollte immer in Relation zum Pubertätsstadium/Entwicklungsstadium stehen und keinesfalls den Eindruck einer Bevormundung beim Jungen erwecken.
  - Auch der Partner/Freund oder die Partnerin/ Freundin spielen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung in der medizinischen Betreuung.
  - Sie sind selbstredend sehr an einer guten Krankheitskontrolle interessiert und haben im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung einen großen Einfluss.
  - Das Angebot einer Einbindung sollte nicht versäumt werden.
  - Die Notwendigkeit weiterer Termine muss verständlich dargelegt werden und sollte, will man nicht umsonst warten, mit dem Jungen auch entsprechend seinem Zeitplan abgesprochen werden. Flexibilität ist hierbei häufig gefragt!

Merke

Wenn der Patient zu Ihnen kommt, ist er in der Regel darüber informiert, ob er auf eine Ärztin bzw. einen Arzt trifft. Die Expertise ist das, was er erwartet. Das Geschlecht der konsultierten medizinischen Person ist zweitrangig.

Literatur

Quellenangaben

- [1] Brand I, Reinken L. Wachstumskurve. Klin Pädiatr 1988; 200: 451–456
- [2] Ginsburg KR. The SSHADESS Screen: A Strength-Based Psychosocial Assessment. In: Ginsburg KR, Hrsg. Reaching Teens: Strength-Based Communication Strategies to Build Resilience and Support Healthy Adolescent Development. Itasca: American Academy of Pediatrics (AAP); 2014
- [3] Joustra SD, van der Plas EM, Goede J et al. New reference charts for testicular volume in Dutch children and adolescents allow the calculation of standard deviation scores. Acta Paediatr 2015; 104: e271–e278
- [4] Klein DA, Goldenring JM, Adelman WP: HEEADSSS 3.0 – The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Contemp Pediatr 2014; 31: 16–28
- [5] Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in boys and girls. Arch Dis Child 1969; 44: 291–303
- [6] van Wieringen JC, Waffelbakker F, Verbrugge HP, DeHaas JE. Growth Diagrams. Groningen: Wolter-Noordhoff; 1965
- [7] Veale D, Miles S, Bramley S, Muir G Hodsoll J. Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15 521 men. BJU Int 2015; 115: 978–986

- [8] Winter R, Neubauer G. Kompetent, authentisch und normal. Studie im Auftrag der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2004

Literatur zur weiteren Vertiefung

- [1] Stier B. Manual Jungenmedizin – Orientierungshilfe für Pädiater, Hausärzte und Urologen. Wiesbaden: Springer; 2017 (2. Auflage in Bearbeitung)
- [2] Stier B, Weissenrieder N, Schwab KO, Hrsg. Jugendmedizin. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2018

Quelle:

Stier B, Stein R, Stehr M. Jungenmedizin. In: Kerbl R, Reiter K, Wessel L, Hrsg. Referenz Pädiatrie. Version 1.0. Stuttgart: Thieme; 2024.

Shortlink: https://eref.thieme.de/1ZVT2B2I